



**Universidade Federal da Paraíba  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas  
Departamento de Tecnologia e Gestão**

**DÉBORAH MOTA DE LIMA**

**SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: DIREITO, ACESSO,  
DIVERSIDADE E ATENÇÃO DIFERENCIADA.**

**UM ESTUDO DE CASO SOBRE A GESTÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À  
SAÚDE INDÍGENA NO TERRITÓRIO DO DSEI POTIGUARA.**

**João Pessoa-PB  
Julho/2014**

**DÉBORAH MOTA DE LIMA**

**SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: DIREITO, ACESSO,  
DIVERSIDADE E ATENÇÃO DIFERENCIADA.**

**UM ESTUDO DE CASO SOBRE A GESTÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À  
SAÚDE INDÍGENA NO TERRITÓRIO DO DSEI POTIGUARA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de TCC, junto ao Curso de Tecnologia em Gestão Pública, como requisito parcial para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

Prof. Orientador: **Marco Antônio de Castilhos Acco.**

**João Pessoa-PB  
Julho/2014**

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

L732e Lima, Déborah Mota de.

Um estudo de caso sobre a gestão da política de atenção à saúde indígena no território do DSEI Potiguara./ Déborah Mota de Lima. – João Pessoa: UFPB, 2014.  
56f.: il.

Orientador: Prof. Marco Antônio de Castilhos Acco.  
Monografia (Graduação de Tecnologia em Gestão Pública) –  
UFPB/CCSA.

1.Serviços públicos. 2.População indígena. 3.Território Potiguara.  
4. DSEI Potiguara. I. Título.

UFPB/CCSA/BS

CDU (2. ed.): 35:614(=1-82)(043.2)

## **Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso**

**Título: Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada. Um Estudo de Caso sobre a Gestão da Política de Atenção à Saúde Indígena no território do DSEI Potiguara.**

Autor: Déborah Mota de Lima  
Ano: 2014

---

**Prof. Drº. Marco Antônio de Castilhos Acco.**  
Orientador

---

**Prof. Drº. Maurício Sardá de Faria**  
Participante da Banca de Avaliação

---

**Msc. Jaira Alana Claro Pereira**  
Participante da Banca de Avaliação

*A minha filha e aos meus pais pelo apoio, incentivo e compreensão  
em todos os momentos de minha vida acadêmica e ao Povo Potiguara  
por sua garra e riqueza, merecedor do meu sincero respeito e admiração.*

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus pela força dada a cada nascer do sol. A minha filha por me motivar nesta caminhada. Aos meus pais por terem me dado suporte emocional, principalmente a minha mãe por todas as vezes que cuidou da minha filha para que eu pudesse dar continuidade neste sonho.

Ao meu professor orientador que tanto me ajudou, com dedicação e paciência diante das minhas incertezas ao longo deste trabalho. A todos os amigos e colegas que me ajudaram dentro de suas possibilidades e conhecimentos na construção deste estudo.

Agradeço ao fato de ter nascido Potiguara e de sentir correr em meu sangue esta garra e persistência vinda de meus antepassados.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

## **GLOSSÁRIO**

ABC – Agência Brasileira de Cooperação  
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário  
AIS – Agente Indígena de Saúde  
AISAN – Agente Indígena de Saneamento  
CASAI – Casa de Saúde Indígena  
CGDI – Coordenação Geral de Documentação e Informação  
CGESP – Coordenação Geral de Gestão de Pessoas  
CIMI – Conselho Indigenista Missionário  
CIS – Comissão Intersectorial de Saúde  
CISI – Comissão Intersectorial de Saúde do Índio  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena  
CODEP – Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas  
CONAB – Companhia Nacional de Abastecimento  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena  
COSAI – Coordenação de Saúde do Índio  
DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde  
DEOPE – Departamento de Operações  
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguar  
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena  
EVS – Equipe Volante de Saúde  
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz  
FUNAI – Fundação Nacional do Índio  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HORUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica  
IAEPI – Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas  
IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira  
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome  
MI – Ministério da Integração  
MP – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
MS – Ministério da Saúde  
NES – Núcleo Estadual de Saúde  
PAB – Piso da Atenção Básica  
PEAISPI – Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Indígena  
PGR – Procuradoria Geral da República  
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica  
OIT – Organização Internacional do Trabalho  
ONG – Organização Não Governamental  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
SASISUS – Subsistema de Saúde Indígena

SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública  
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena  
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos  
SIVEP – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SPI – Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais  
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias  
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde  
TI – Terra Indígena  
UOM – Unidade Odontológica Móvel



## LISTA DE TABELAS

		Página
TABELA 1	DSEI's e suas populações .....	30
TABELA 2	Terras Indígenas do Território Potiguara e suas aldeias.....	33
TABELA 3	Perfil de Morbidades da População Potiguara.....	35
TABELA 4	Relação da Frota do DSEI Potiguara.....	38
TABELA 5	Principais parceiros dos macroprocessos finalísticos conduzidos pela SESAI.....	42
TABELA 6	Entrevistados durante a realização do Estudo.....	46
TABELA 7	Principais opiniões dos entrevistados.....	48

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
FIGURA 1	Gráfico-Distribuição da População Indígena por Região Geográfica..... 20
FIGURA 2	Organograma da SESAI..... 26
FIGURA 3	Gráfico - Redimensionamento da Força de Trabalho da Saúde Indígena..... 27
FIGURA 4	Modelo de Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena..... 28
FIGURA 5	Distribuição Nacional dos DSEI's..... 29
FIGURA 6	Mapa das Aldeias de Rio Tinto/PB, Marcação e Baía da Traição/PB..... 32
FIGURA 7	Gráfico-Comparativo Populacional dos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto..... 34
FIGURA 8	Organograma do DSEI..... 36
FIGURA 9	Quadro de Profissionais atuantes do DSEI Potiguara contratados através da Conveniada IMIP, por categoria..... 37
FIGURA 10	Foto-Nutricionista realizando pesagem de criança em área indígena, 2014..... 39
FIGURA 11	Foto-abertura da Campanha de Vacinação na Aldeia Ybykuara, 2014... 39
FIGURA 12	Gráfico-Crescimento da população indígena cadastrada no SIASI, total e por região, período de 2000 a 2011..... 40
FIGURA 13	Gráfico-Cobertura Populacional com acesso a 4 escovas e creme dental ao ano. 44

## RESUMO

Dentre os serviços públicos essenciais, a saúde se destaca sem sombra de dúvidas, e esta requer uma gestão bem estruturada para ser executada a contento. A população indígena que após tantas imposições sofridas, vem tentando resgatar a origem de sua riquíssima identidade cultural, necessita de uma assistência à saúde diferenciada, algo que após muitas lutas, foi conquistada, mas que precisa ser aprimorada. A gestão da saúde indígena passou por diversas transformações, desde o ano de 1910 até os dias de hoje e avaliar os limites e possibilidades desta assistência, mais precisamente no âmbito do DSEI Potiguara/SESAI, é o objetivo desta pesquisa. Neste trabalho veremos uma grande variedade de Leis, Portarias e Decretos relacionados a esta Política, bem como, a opinião de quem vê e/ou colabora na gestão da saúde indígena no território Potiguara do Estado da Paraíba.

**Palavras-chave:** saúde, indígena, assistência, política, especial, povo, secretaria, parceria, atenção, especificidade.

## **ABSTRACT**

Among the essential public services, health stands without a doubt, and this requires a well structured management to be performed satisfactorily. The indigenous population who suffered so much after taxes, is trying to rescue the origin of their rich cultural identity, needs a differentiated health care, something that after many struggles, was conquered, but needs to be improved. The management of indigenous health has undergone several transformations since the year 1910 to the present day and evaluate the limits and possibilities of this assistance, more precisely under the DSEI year Potiguara / SESA, is the objective of this research. In this work we will see a wide variety of Laws, Ordinances and Decrees related to this policy, as well as the opinion of the beholder and / or collaborates in the management of indigenous health Potiguara the territory of the State of Paraíba.

**Keywords:** health, indigenous, care, politics, special, people, secretary, partnership, attention specificity.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>2. Atenção à Saúde Indígena .....</b>	<b>16</b>
2.1. Histórico referente à saúde indígena no Brasil.....	16
2.2. Execução da assistência à saúde e a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas.....	21
2.3. Controle Social.....	23
2.3.1. Conferências de Saúde Indígena.....	24
<b>3. A SESAI no plano institucional do Ministério da Saúde.....</b>	<b>25</b>
3.1. A Instituição: Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS.....	25
3.2. DSEI's nos estados.....	28
<b>4. Institucionalidade do atendimento à saúde indígena no território Potiguar do estado da Paraíba.....</b>	<b>31</b>
4.1 DSEI Potiguar.....	31
4.2 Instituições parceiras.....	41
<b>5. Conclusões e Principais Resultados do Estudo.....</b>	<b>44</b>
5.1 Entrevistas.....	46
<b>6. Referências.....</b>	<b>54</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, os povos indígenas contam com uma população aproximada de 458.000 pessoas pertencentes a cerca de 220 povos, que falam mais de 180 línguas e pertencentes a 35 grupos lingüísticos. A grande maioria da população reside em terras próprias em aproximadamente 3.000 aldeias (LACERDA, 2007).

Esses povos caracterizam-se por estarem inseridos em um cenário de extrema diversidade, não apenas no aspecto étnico e lingüístico, mas pela peculiaridade própria que cada povo tem da maneira de ver e entender o mundo, e de nele se organizar; com diferentes manifestações culturais, sociais, políticas, religiosas, vida produtiva, localização geográfica, narrativa de contato e grau de interação com a sociedade nacional (LACERDA, 2007).

A situação de saúde da população indígena no Brasil apresenta condições distintas com a ocorrência de transformações decorrentes dos fenômenos sociais, econômicos, históricos e ambientais vinculados à estabilização e manifestação de forças demográficas e econômicas da população, em diversas regiões do país. (ESCOBAR, SANTOS, COIMBRA, 2003).

Há décadas os povos indígenas do Brasil, com o apoio de seus aliados e parceiros, vêm discutindo as políticas a serem implementadas para assegurar-lhes vida e saúde. Muitas foram neste tempo as mobilizações do movimento indígena e das organizações que atuam no campo da saúde, com o objetivo de exigir que o Estado brasileiro estruture políticas que possibilitem a atenção diferenciada aos povos indígenas. (CIMI, 2013)

Foi criada então uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas que integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas de Saúde com a Constituição Federal, que reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e seus direitos territoriais (FUNASA, 2002).

A proposta dessa política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral de saúde, de acordo com os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos a sua cultura (FUNASA, 2002).

A organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas é prestada por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, enquanto componente do SUS.

Considerado como Subsistema do SUS deve ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado. Deve ainda atender de forma obrigatória considerando a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo adotado para a atenção à saúde indígena. Deve estar pautada numa abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos assistenciais à saúde, saneamento básico, habitação, nutrição, meio ambiente, demarcação de terras, integração institucional e educação sanitária (MS, 2002).

Para o alcance dessas propostas a saúde indígena conta com organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referências se situam.

Assim o presente estudo tem como objetivo caracterizar o arranjo institucional nacional e no estado da Paraíba, região do DSEI Potiguara, orientado para prestar serviços de saúde à população indígena naquele território, de modo a avaliar possíveis fragilidades e pontos fortes e a efetividade deste aparato.

Este estudo inicialmente visava estudar atendimentos especializados de saúde indígena, de alta e média complexidade, procedimentos que vêm após a atenção básica, quando há necessidade. No entanto esta autora sentiu a necessidade de esclarecer como é o subsistema de saúde indígena para que o leitor tenha um conhecimento geral de que se trata a saúde diferenciada, uma vez que não adiantaria passar dados relacionados a áreas específicas sem antes elucidar a origem deste serviço. Assim, reflexões posteriores sobre média e alta complexidade podem servir como base para estudos futuros.<sup>1</sup>

Este trabalho tem como objetivo geral avaliar os limites e possibilidades de atuação a SESAI, no âmbito o Território Potiguara da Paraíba, institucionalizado pelo DSEI Potiguara.

Quanto aos objetivos específicos os mesmos são os seguintes:

- a) Apresentar um breve histórico da política de saúde para as populações indígenas no Brasil contemporâneo, identificando o aparato institucional existente para a gestão desta política em nosso país;
- b) Mapear o aparato institucional de gestão da política de atendimento à saúde indígena no território Potiguara do estado da Paraíba, identificando os atores envolvidos, com foco nas Secretarias Municipais de Saúde, as respectivas competências, e possíveis

---

<sup>1</sup> Cumpre mencionar que a autora é descendente paterna da etnia potiguara, e atua na DSEI desde outubro de 2004, quando foi admitida como estagiária de nível médio. Atualmente, atua como Assistente Administrativo na Divisão de Atenção à Saúde Indígena, setor do DSEI Potiguara/SESAI/MS.

áreas de sobreposição e indefinição de responsabilidades que possam estar gerando problemas na prestação dos serviços de saúde à população indígena;

- c) Caracterizar a população indígena no Brasil, e em especial na região da etnia Potiguar da Paraíba.

A metodologia desta pesquisa é qualitativa, descritiva e analítica, utilizando-se de uma varredura com posterior análise de documentos oficiais, bem como, pesquisa em sites e na legislação concernente a esta área. Além disso, esta pesquisa assume características de pesquisa etnográfica, ao buscar a caracterização do ambiente de interações (institucionais, administrativas, políticas, interpessoais) entre os diferentes agentes públicos e da sociedade envolvidos na política de atenção à saúde indígena.

Neste sentido, foram entrevistados quatro agentes cruciais: o Coordenador do DSEI Potiguar, o Cacique Geral do Povo Potiguar, o Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena Potiguar e a Secretária de Saúde do Município de Baía da Traição. Sem pretender esgotar a etnografia de todas as visões dos diferentes agentes envolvidos, os entrevistados nesta pesquisa são expressivos e bastante representativos das percepções dos principais agentes públicos e da sociedade envolvidos na atenção da saúde à população indígena no território potiguar da Paraíba. Talvez a ressalva mais importante à afirmação acima é o fato de que somente termos conseguido entrevistar uma secretária municipal de saúde, embora tenhamos convidado para serem entrevistadas todas as três secretarias municipais de saúde envolvidas no atendimento da saúde indígena no território potiguar paraibano. Mesmo que a única entrevistada coletada não necessariamente expresse a opinião média ou majoritária entre o conjunto de secretarias municipais de saúde, optamos por incorporar as opiniões desta entrevista com o intuito de deixar registrado estas percepções (ainda que individual), facilitando o caminho para pesquisas posteriores.

Publicações técnicas e culturais específicas, a base de dados da saúde indígena (SIASI) e fontes estatísticas do IBGE também tiveram sua importância na construção deste trabalho.



## **2. ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA**

### **2.1. Histórico referente à saúde indígena no Brasil**

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da auto-estima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional (FUNASA, 2002).

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemáticos, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de

"pacificação" (FUNASA, 2002). Na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (FUNASA, 2002).

O SPI, em 1943, aumentou suas funções assistenciais e criou um serviço de saúde a fim de atender às demandas dos índios. Apesar do avanço no plano legislativo com a aprovação do Decreto-Lei nº 10.652/1942 que enfatizava a preservação, o desenvolvimento e a conservação do patrimônio indígena (terras e recursos naturais de posse dos índios), a assistência prestada pelo SPI aos povos indígenas se manteve quase inalterada. Os índios continuaram a morrer por doenças evitáveis, as terras sendo invadidas e a violência crescendo. A escassez de recursos financeiros, a insuficiência de pessoal capacitado e o reduzido apoio jurídico não permitiram garantir a assistência preconizada pelas diretrizes dessa política (FUNASA, 2002).

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (FUNASA, 2002).

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas (FUNASA, 2002).

Para o Conselho Indigenista Missionário – CIMI (1999), a FUNAI não oferecia atenção integral e preventiva, específica e de qualidade a todos os povos indígenas, não respeitando a sua medicina tradicional. E, durante o regime militar, foi omissa no enfrentamento das principais causas das doenças nas comunidades indígenas, ou seja, nada fez quanto à expulsão dos índios ou ao seu confinamento em ínfimas porções de terra, expondo-os à violência física e cultural, às invasões de garimpeiros, fazendeiros e

madeireiros, e à implantação de grandes projetos (hidrelétricas, rodovias, etc.) em suas terras (FUNASA, 2002).

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena – tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde (FUNASA, 2002).

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações (FUNASA, 2002).

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações - DEOPE - da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena (FUNASA, 2002).

No mesmo ano, a Resolução nº 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriram-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas (FUNASA, 2002).

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constitui uma

Comissão Intersetorial de Saúde - CIS, com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias (FUNASA, 2002).

Com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no Ministério da Saúde, em 1990, resultante da fusão entre a Fundação SESP e a SUCAM, começa a organização dos DSEI – Distritos Sanitários Indígenas, apontados como modelo de gestão satisfatório na 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1993 (CONASS, 2014).

A FUNASA e a FUNAI, então dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena (FUNASA, 2002).

Em 1997, a CISI denunciou à Procuradoria Geral da República (PGR) a situação crítica da Saúde Indígena. A PGR emite um parecer determinando que o Ministério da Saúde assumisse a Saúde Indígena.

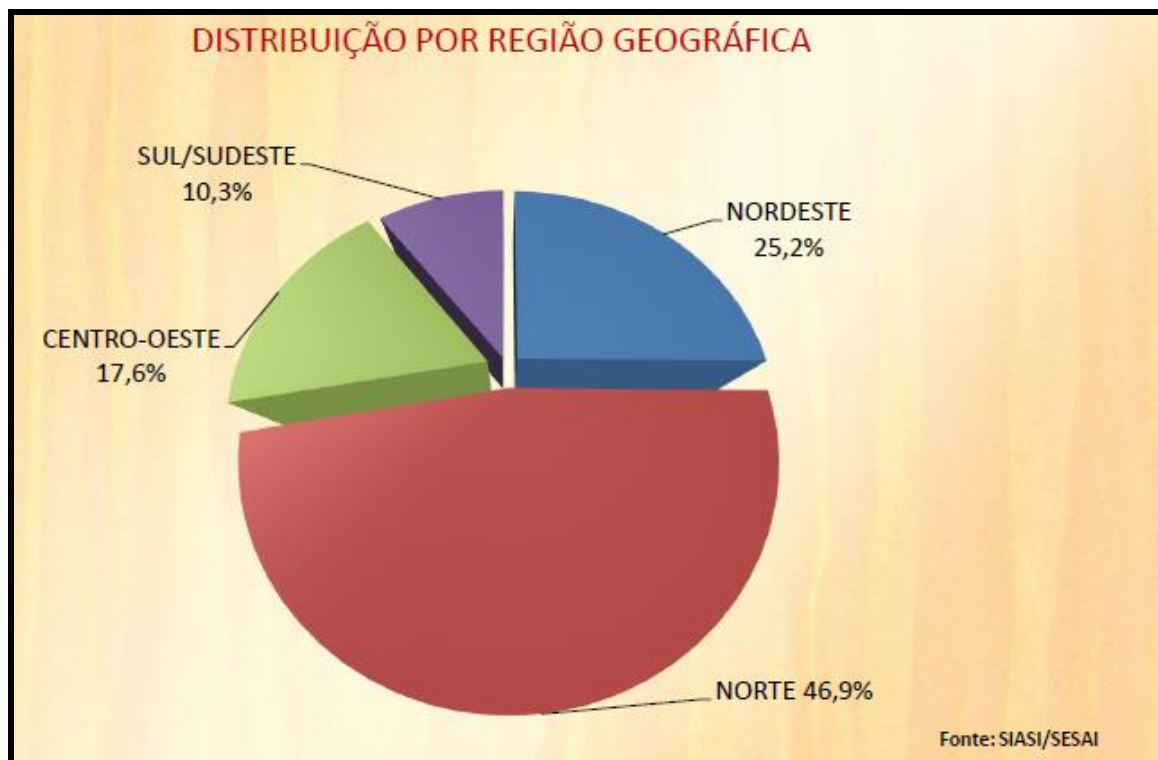
Até 1999, desenrola-se uma discussão jurídica sobre a figura institucional a ser responsabilizada pela saúde indígena, a qual termina por confirmar a FUNASA e criar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do SUS, o SASISUS (CONASS, 2014).

Em 1999, é aprovada a Lei nº. 9.836 (23/09/99), criando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), com isso, a responsabilidade da Saúde Indígena passa a ser da União, por meio da FUNASA (Decreto nº. 3.156 (27/09/99) e o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) passa a ser o modelo central da gestão da saúde indígena.

As denúncias de precariedade no atendimento eram constantes, embora avançasse a organização dos DSEI, principalmente pela dificuldade em conseguir profissionais que permanecessem nas comunidades indígenas, prestando atenção primária em saúde (CONASS, 2014).

Também pela ausência de uma política de contratação de Recursos Humanos, tentou-se que os municípios implantassem equipes de saúde da família, o que não alcançou a

cobertura devida, até pelo elevado número de aldeias: são 4.950, segundo informação da SESA/MS (CONASS, 2014).



**Figura 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA POR REGIÃO GEOGRÁFICA**

Essas dificuldades levaram à formação de um grupo de trabalho, em 2008, após a realização de seminário em Brasília, encarregado de elaborar propostas para um novo modelo de atenção à saúde indígena (CONASS, 2014).

As conclusões pediam autonomia para os DSEI e criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena, no âmbito do Ministério da Saúde (antes, havia sido refutada a proposta de ter um departamento dentro da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, que não chegou a ser criada) (CONASS, 2014).

No dia 24/03/2010 ocorreu a edição da Medida Provisória nº. 483, convertida na Lei nº. 12.314, de 19/08/2010, que autorizou a criação, no Ministério da Saúde, de uma nova Secretaria, bem como, modificou a Lei nº. 8.745/93, ampliando o prazo para contratação temporária para até 4 anos e autorizando o PR a criar tabela especial de remuneração para trabalho com saúde indígena.

Em 20/10/2010 é publicado o Decreto nº. 7.336/2010, criando, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI e transferindo as ações de saúde indígena da Funasa para esta Secretaria.

O novo modelo de gestão da saúde indígena passou a partir de então a contar com uma secretaria especial, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde e de caráter executivo, que deveria atuar de forma descentralizada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

Entre as atribuições da Sesai estão: criar as condições necessárias para que os distritos tenham autonomia administrativa e financeira e sejam, com isso, transformados em unidades gestoras do SUS; garantir orçamentos próprios e administrados através dos Fundos Distritais de Saúde; ter um plano de carreira específico para os profissionais de saúde indígena, com condições trabalhistas adequadas às complexas e diferentes realidades dos DSEIs; assegurar que os chefes ou coordenadores dos distritos sejam aprovados pelos conselhos distritais; garantir que o controle social seja efetivo, com participação indígena legítima em todas as instâncias de decisão; formar um quadro estável de recursos humanos (servidores públicos), adequado às necessidades estratégicas da gestão, através de concurso público diferenciado e que assegure a participação indígena nos processos de seleção; e assegurar que no órgão gestor da saúde indígena os servidores tenham perfil técnico independente das ingerências políticas (CIMI, 2013).

Ainda assim continuam os debates sobre como operar a atenção à saúde indígena e, infelizmente, esta permanece em condições precárias, em muitos locais, com características itinerantes ou por demanda, de forma fragmentada (CONASS, 2014).

O campo contemporâneo da Saúde Indígena no Brasil é de transformações. As descrições referentes à criação e implantação da Secretaria Especial de Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde resultando na transferência das ações da FUNASA para este órgão é o acontecimento que possivelmente indicará renovadas direções para a Saúde Indígena, como, por exemplo, uma concreta integração entre o Subsistema e o SUS.

## **2.2. Execução da assistência à saúde e a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas**

Sistema de Saúde é o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações (PAIM J, 2009).

Esta afirmação nos faz entender que o sistema de Saúde deve focalizar não só a recuperação da saúde, como também, e principalmente a prevenção, requerendo para isto, um planejamento estratégico, força de trabalho qualificada e recursos financeiros específicos e prioritários.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros (PORTAL SAÚDE, 2013).

Para CUNHA e CUNHA (2001), o SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, ou seja, é atribuída ao poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da execução direta do mesmo.

De acordo com TEIXEIRA (2000), o Modelo de Atenção à Saúde consiste no Conjunto de saberes e tecnologias (materiais ou não) utilizadas na intervenção nos problemas e necessidades de saúde das pessoas e da população.

A Constituição Federal da República Federativa do Brasil reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais, bem como, estabelece seus direitos sociais, sendo principais os artigos 231 e 232 do capítulo VIII (Dos Índios) do Título VIII (Da ordem social). Estes direitos são reafirmados pela Convenção nº. 169, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, ratificada pelo Brasil em 2003.

Para a reestruturação da Atenção à Saúde Indígena, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria de nº. 254 de 31 de janeiro de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrada à Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde juntamente as da Constituição Federal, que reconhecem aos Povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (FUNASA, 2002).

A implementação desta Política requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania no campo da saúde (FUNASA, 2002).

O objetivo desta Política é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS,

contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política. Deste modo, beneficia a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior relevância e qualidade entre os brasileiros, certificando a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (FUNASA, 2002).

A Política de Saúde Indígena adota o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como modelo de organização dos serviços, que é definido por critérios geográficos, operacionais, antropológicos e epidemiológicos, para a atenção à saúde dos povos indígenas; reunindo as terras indígenas e os municípios; sendo da responsabilidade da SESAI, compreendendo o direito preferencial para os povos indígenas. O fluxo de atendimento nos serviços de saúde do DSEI deve ser a partir da atenção prestada pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), nas aldeias, através de atendimento nos postos de saúde e por meio de visitas domiciliares, juntamente com demais membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena-EMSI (FUNASA, 2002).

### **2.3. Controle Social**

Todo cidadão, independente de raça ou cor, tem o direito e dever de acompanhar o desenvolvimento das organizações que prestam serviços públicos, uma vez que estes são financiados com recursos fiscais provenientes de impostos pagos por toda a sociedade.

A participação da comunidade na gestão do SUS está garantida pela Lei nº. 8.142, de 28/12/1990, através das Conferências de Saúde, que se reúnem a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes: municipal, estadual e nacional e dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipais de Saúde paritários (50% de usuários), com reuniões mensais, com o objetivo de deliberar políticas e controle social.

A referida Lei também dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O Controle Social na saúde indígena começou paralelamente ao movimento da Reforma Sanitária em 1986, com reivindicações constantes e sistemáticas dos indígenas ao governo e a sociedade nacional devido ao agravamento progressivo das condições de saúde deste povo, caracterizado por altos índices de morbimortalidade e pela oferta inadequada e ineficaz dos serviços de saúde (BITTENCOURT, 2005).



O artigo 196 da Constituição Federal dispõe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988).

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, o controle social nos DSEIs deve ser realizado por meio de Conselhos Locais de Saúde e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. No âmbito nacional, o controle social dar-se-á pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI). A CISI é integrada por instituições públicas, organizações não governamentais e organizações representativas dos povos Indígenas e tem por finalidade acompanhar a implementação da PNASPI. Tendo como propósito participar da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, a PNASPI assegura a participação da população indígena nos organismos colegiados, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2002).

A atribuição fundamental dos Conselhos Distritais é a aprovação do Plano Distrital de Saúde, acompanhamento e avaliação de sua execução, inclusive a aplicação dos recursos. Todos os Conselheiros Distritais participam das etapas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de atenção à saúde indígena (BRASIL, 2006).

Os Conselhos Distritais são formados de acordo com os preceitos da Lei nº. 8.142/90, contemplando a composição paritária de 50% de usuários indígenas e de 50% de representantes de organizações governamentais (FUNASA, FUNAI, SES, SMS), prestadores de serviços e Organizações Não Governamentais (ONGs) e trabalhadores do setor saúde. Sendo indicado para todas as vagas Titular e Suplente (BRASIL, 2002).

### **2.3.1. Conferências de Saúde Indígena**

A primeira Conferência Nacional de Saúde indígena, realizada em 1986 foi um marco para o diálogo sobre o atendimento prestado pelo Governo Federal aos indígenas no Brasil. Prioridades definidas nesta conferência foram pilares para construção da Constituição Cidadã em 1988, no que se refere ao atendimento de saúde às populações indígenas (5ªCNSI, 2014).

Outras três conferências foram realizadas desde então, com a última em 2006. As três primeiras edições da CNSI, realizadas em 1986, 1993 e 2001 foram fundamentais para a

elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada em 2002 e em vigor até hoje (5ªCNSI, 2014).

Na 4ª CNSI, realizada em 2006, os delegados aprovaram diretrizes para que o governo buscasse uma nova forma de oferecer saúde aos povos indígenas, o que culminou com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, em outubro de 2010 (5ªCNSI, 2014).

Depois de sete anos, foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI), convocada pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, a mesma teve como objetivos avaliar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada em 2002 e em vigor, bem como manter ou redefinir as diretrizes que a integram para atualização ou modificação desta política. O relatório final desta conferência ainda não foi divulgado.

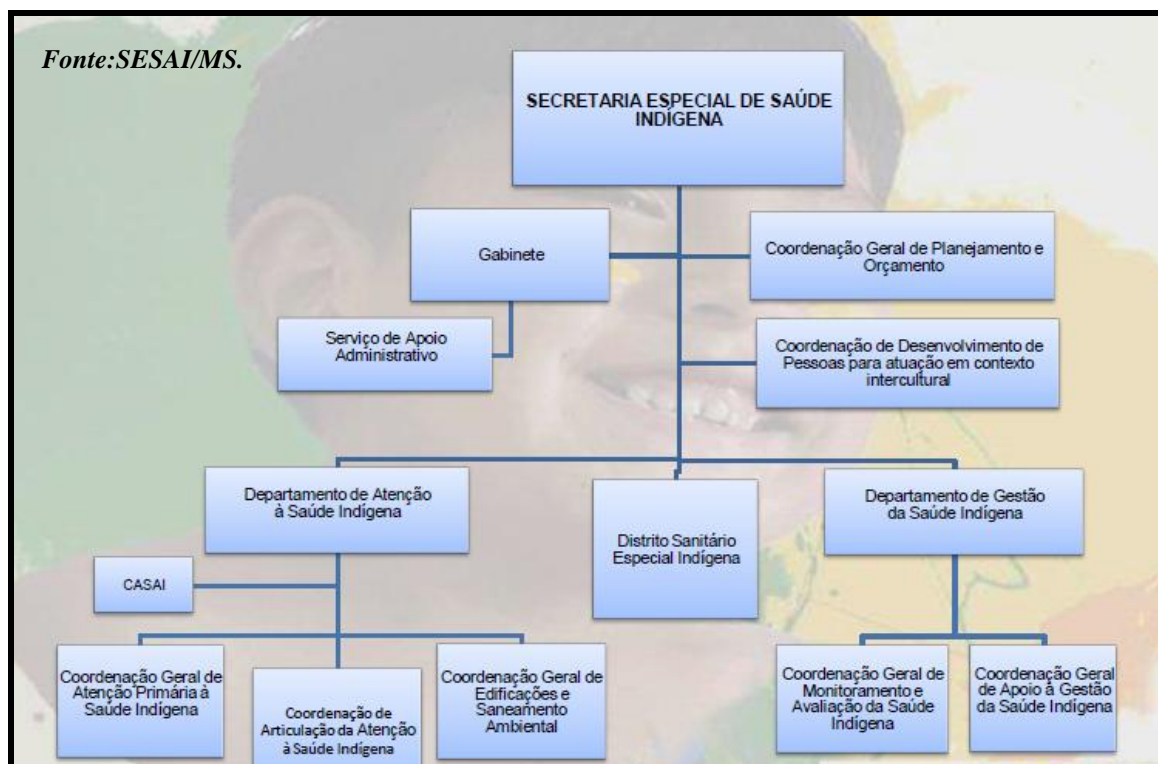
### **3. A SESAI no plano institucional do Ministério da Saúde**

#### **3.1. A Instituição: Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS**

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (PORTAL SAÚDE, 2014).

É função do ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro (PORTAL SAÚDE, 2013).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI – é a área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde – em todo o Território Nacional. A SESAI tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS (PORTAL SAÚDE, 2013).

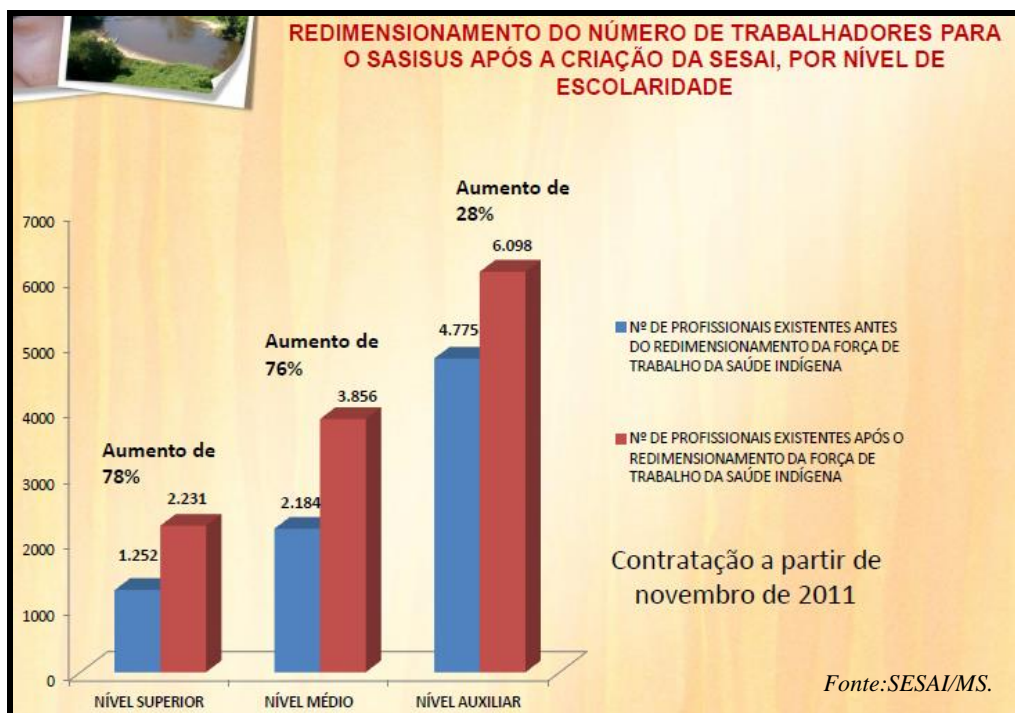


**Figura 2 - Organograma da SESAI**

As competências da SESAI são as seguintes:

- I** - coordenar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas mediante gestão democrática e participativa;
- II** - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a proteção, a promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas;
- III** - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, perfil epidemiológico e condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde - SUS;
- IV** - coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena;
- V** - promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;
- VI** - promover o fortalecimento e apoiar o exercício do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio de suas unidades organizacionais;
- VII** - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena;

**VIII** - estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.



**Figura 3 – Gráfico Redimensionamento da Força de Trabalho da Saúde Indígena**

O MS, por meio da SESAI, também vem intensificando as ações de imunização, com a realização do Mês da Vacinação dos Povos Indígenas em todos os DSEI. Os dados disponíveis indicam que 70% das crianças menores de 7 anos apresentavam esquema vacinal adaptado para a saúde indígena completo (5ª CNSI, 2013).

No atendimento à saúde bucal, o principal destaque é a implantação do Programa Brasil Sorridente Indígena, que tem como objetivo levar ações de saúde bucal de qualidade, de forma integral e pioneira. O Ministério da Saúde adquiriu 25 Unidades Odontológicas Móveis (UOMs) para atendimento à saúde bucal da população indígena aldeada em 2012 (5ª CNSI, 2013).

### 3.2. DSEIs nos estados

Segundo Athias; Machado (2001, p.427), a noção de Distrito Sanitário Especial Indígena deve:

Estar centrada na organização da prestação de serviços de saúde pertinentes a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo, cuja resolução deveria ser encontrada no local.

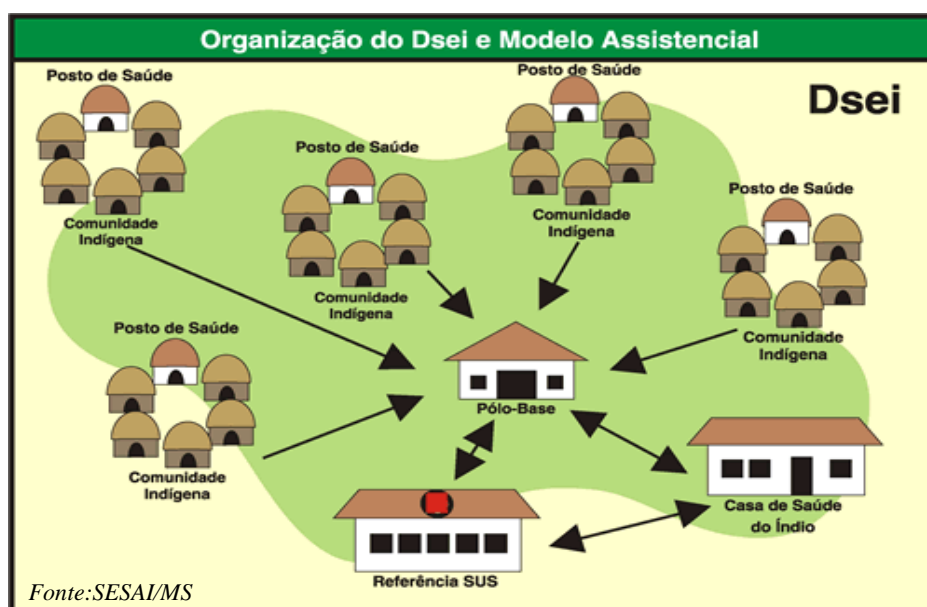


Figura 4 - Modelo de Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena.

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social (PORTAL SAÚDE, 2014).

O Art. 50, do Decreto nº. 8.065, de 07/08/13, dispõe que aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, nas suas áreas de atuação, observadas as práticas de saúde e as medicinas tradicionais; e

II - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.



**Figura 5 – Distribuição Nacional dos DSEI's**

São 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os Polos base e as Casas de Saúde Indígena (Casais) (PORTAL SAÚDE, 2014).

No Brasil, segundo o IBGE, existem 896.900 índios de 305 etnias e que falam 274 idiomas. No entanto, os dados divulgados pela SESA/MS são os constantes no quadro a seguir:



DSEI	UF	População	Aldeias	Famílias	Etnias	Polo Base	Posto de Saúde	CASAI
Alagoas/Sergipe	AL SE	15.497 hab	32	4.270	12	12	04	-
Altamira	PA	2.555 hab	59	630	16	01	-	01
Alto Rio Juruá	AC	11.453 hab	205	2.875	14	07	-	01
Alto Rio Negro	AM	28.074 hab	1.771	9.770	28	25	-	01
Alto Rio Purus	AC	8.812 hab	174	2.172	09	06	-	-
Alto Rio Solimões	AM	47.185 hab	274	10.224	10	12	-	01
Amapá e Norte do Pará	AP e PA	9.691 hab	262	2.488	10	06	-	01
Araguaia	GO MT TO	4.145 hab	91	1.069	09	04	-	01
Bahia	BA	26.889 hab	105	6.696	13	06	-	-
Ceará	CE	22.216 hab	88	6.942	12	16	-	-
Cuiabá	MT	6.842 hab	103	1.581	10	05	-	03
Guamá Tocantins	TO PA	7.129 hab	186	2.112	25	08	-	02
Interior Sul	SP PR SC RS	40.486	297	12.659	10	08	-	01
Caiapó	MT	5.031 hab	86	1.589	10	08	-	08
Caiapó	PA	4.468 hab	43	1.159	01	04	-	01
Leste Roraima	RR	40.611 hab	471	10.167	12	34	-	-
Litoral Sul	RJ SP PR SC RS	9.347 hab	344	2.974	17	14	-	03
Manaus	AM	24.064 hab	378	5.009	37	16	-	01
Maranhão	MA	30.557 hab	469	7.854	10	06	-	01
Mato Grosso do Sul	MS	68.860 hab	202	20.083	10	15	-	03
Medio Rio Purus	AM	6.693 hab	161	1.431	09	10	-	02
Medio Rio Solimões e Afluentes	AM	15.607 hab	158	3.104	17	15	-	03
Minas Gerais e Espírito Santo	MG ES	14.461 hab	138	3.500	11	18	-	-
Parintins	AM PA	11.332 hab	104	2.176	03	12	-	02
Xingu	MT	6.018 hab	73	529	14	04	-	03
Pernambuco	PE	46.874 hab						
Porto Velho	RO AM MT	10.827 hab	574	2.148	60	05	-	04
Potiguará	PB	14.831 hab	65	4.622	01	03	-	-
Rio Tapajós	PA	9.047 hab	160	1.926	04	11	-	02
Tocantins	TO	9.704 hab	238	2.384	16	05	-	-
Vale do Rio Javari	AM	4.915 hab	105	1.405	07	08	-	01
Vilhena	RO MT	6.810 hab	277	1.833	16	04	-	04
Xavante	MT	15.299 hab	190	2.986	01	06	-	02
Yanomami	RR AM	18.995 hab	277	4.178	03	35	-	-
34	24*	605.325 hab	8.160	144.545	439	344	-	45

- Não há indígenas no DF e nos estados do PI e RN

Fonte: SESA/MS

**TABELA 1 – DSEI's e suas populações**

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) passou por inúmeras dificuldades para sua implantação desde a sua criação em 1999, sendo um dos grandes desafios a organização da sua gestão a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), esses como unidades descentralizadas responsáveis pela execução das ações e dos serviços de atenção básica a esses povos e, mais recentemente, do saneamento básico nas aldeias (5ª CNSI, 2013).

#### **4. Institucionalidade do atendimento à saúde indígena no território Potiguara do estado da Paraíba**

##### **4.1 DSEI Potiguara**

Historicamente, os Potiguara são referidos no litoral da Paraíba desde 1501, ocupando um território que se estendia pela costa nordestina, com limites, ao sul, do estado de Pernambuco (Rio Tracunhaém), e ao norte, do estado do Maranhão. Na Paraíba, ocupavam todo o litoral, principalmente no vale do rio Mamanguape, da Baía da Traição até a serra da Cupaoba (atual Serra da Raiz), onde possuíam, de acordo com os cronistas portugueses, 50 aldeias. A Baía da Traição aparece historicamente como o coração do território potiguara na Paraíba, sendo conhecida também pelo nome indígena de *Acajutibiró*, ou “terra do caju azedo”. Pinto (1935) faz referência ao antigo nome do local: “(...) *tinham aldeias nas ribanceiras do Mamanguape, nas de Camaratuba, nas Praias da Baía de Acajutibiró, ‘núcleos que foram origem de Mamanguape e Vila-da-Traição’*” (PROGRAMA DE ÍNDIO).



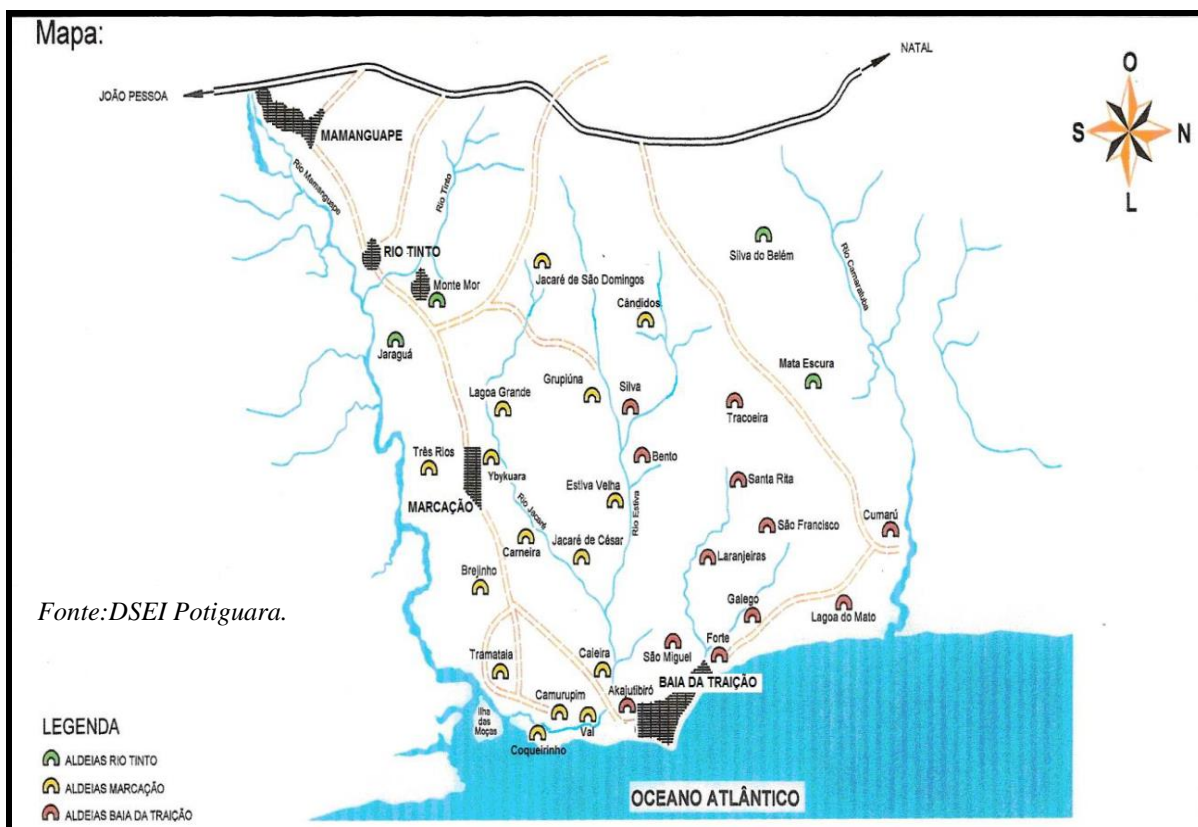


Figura 6 - Mapa Aldeias de Rio Tinto/PB, Marcação/PB e Baía da Traição/PB.

Atualmente vivem no litoral norte paraibano nos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto. O ritual do toré é um dos traços mais marcantes da cultura. A língua tradicional Potiguara é o tupi antigo apesar de há muito tempo ter sido impedidos de falar o idioma pela pressão colonizadora. Hoje estão buscando revitalizar essa língua que há muito tempo esteve adormecida. Conseguiram isso através da iniciativa das prefeituras municipais onde se localiza o povo, e do governo do estado da Paraíba implantando o tupi nas escolas das aldeias e das cidades tendo atualmente um total de 16 professores (POTIGUARA Blog, 2014).

Suas terras ocupam um espaço de 33.757 ha. distribuídos em três áreas contíguas, nos municípios de Baía da Traição, Rio Tinto e Marcação. A Terra Indígena (TI) Potiguara situa-se nos três municípios anteriormente referidos e possui 21.238 ha. Foi demarcada em 1983 e homologada em 1991. A TI Jacaré de São Domingos tem 5.032 ha. nos municípios de Marcação e Rio Tinto, cuja homologação se deu em 1993. Por fim, a TI Potiguara de Monte-Mor, com 7.487 ha, em Marcação e Rio Tinto foi demarcada em 2009, mas ainda sofre com conflitos com as usinas de cana-de-açúcar e álcool (POTIGUARA Blog, 2014).

Município	TERRA INDÍGENA			
	Potiguara de São Miguel	Jacaré de São Domingos	Mont Mor	Total de Aldeias, por município
<b>Baía da Traição</b>	Akajutibiró, Bem Fica, Bento, Cumarú, Forte, Galego, Lagoa do Mato, Laranjeiras, Santa Rita, São Francisco, São Miguel, Silva e Tracoeira.	-	-	13
<b>Marcação</b>	Brejinho, Caeira, Camurupim, Carneira, Coqueirinho, Estiva Velha, Grupiúna, Jacaré de César, Tramataia e Val.	Cândidos e Jacaré de São Domingos.	Lagoa Grande, Três Rios e Ybykuara.	15
<b>Rio Tinto</b>	Silva de Belém e Mata Escura.	-	Jaraguá e Mont Mor.	4
<b>Total Geral das Aldeias Potiguaras</b>				<b>32</b>

*Fonte: Povo Potiguara*

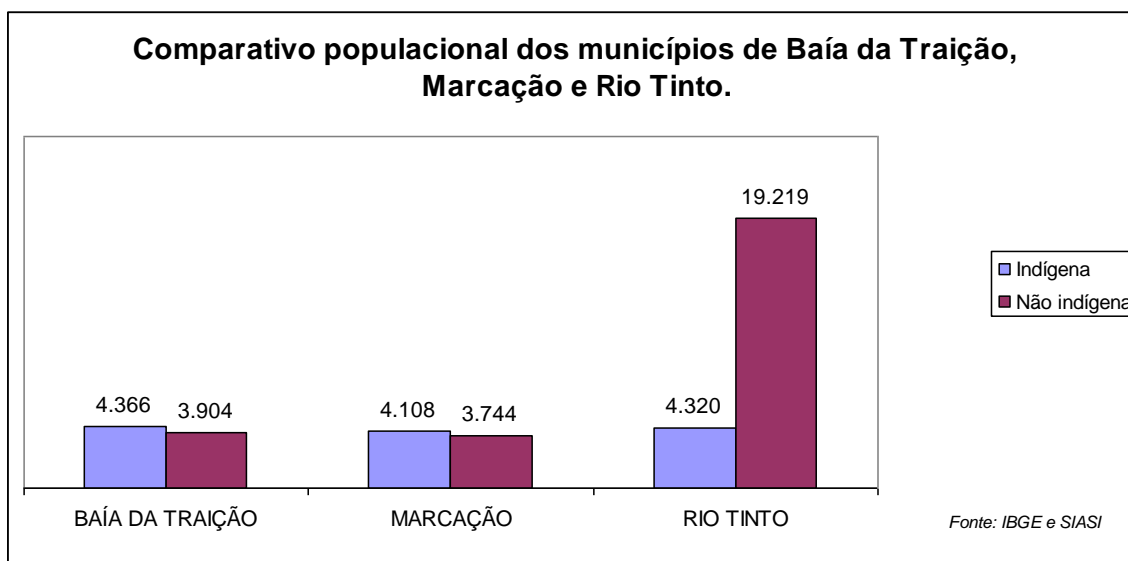
Tabela 2 – Terras Indígenas do Território Potiguara e suas aldeias.

O território indígena Potiguara separa as águas dos rios Mamanguape e Camaratuba e possui rios e riachos que nascem e desaguam em sua própria terra, como o Riacho do Silva e o Rio Sinimbú.

As principais atividades econômicas desenvolvidas pelos Potiguara são:

- A pesca marítima artesanal e nos mangues;
- Pesca artesanal do camarão com o uso do covo;
- O extrativismo vegetal (mangaba, dendê e caju);
- A agricultura de subsistência (milho, feijão, mandioca, macaxeira, inhame, frutas, etc.);
- A criação de animais em pequena escala (galinhas, patos, cabras e bovinos);
- A criação de camarões em viveiros;
- O assalariamento rural (principalmente nas usinas de cana) e urbano;
- O funcionalismo público (com destaque para as prefeituras) e as aposentadorias dos idosos;
- Venda de artesanato até para o exterior.

O povo Potiguara se organiza socialmente através da representação geral através do Cacique do Povo Potiguara, bem como, pela presença, em cada aldeia de um cacique representante da respectiva comunidade, ambos eleitos pelos próprios indígenas.



**FIGURA 7 – Comparativo Populacional dos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto.**

O perfil epidemiológico entre os Potiguaras tem acompanhado as características de transição da população brasileira, que engloba a substituição entre as primeiras causas de morte, das doenças infecciosas por doenças não transmissíveis com deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e a presença das doenças crônicas como causa principal de mortalidade.

Pelas características de urbanização, os indicadores epidemiológicos não apresentam diferença significativa em relação à população geral dos municípios. As taxas de mortalidade infantil são semelhantes às encontradas na população geral do estado, assim como a gravidez na adolescência não apresenta diferença expressiva em relação à população geral dos municípios sede dos Polos Base.

É preocupante o crescimento de índios potiguara infectados pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana), duas possíveis justificativas para esta situação se dá ao fato do território Potiguara receber muitos turistas, como também, a migração de índios para a área urbana.

<b>PERFIL DE MORBIDADES DA POPULAÇÃO POTIGUARA-PB</b>			
Morbidade	Taxa de incidência		
	2009 (por 1.000hab)	2010 (por 1.000hab)	2011 (por 1.000hab)
Doenças do aparelho respiratório	97,1	80,4	120,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	85,5	73,9	103,4
Doenças do aparelho circulatório	57,8	79,3	94,8
Doenças do aparelho geniturinário	34,1	30,2	45,1
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	42,3	20,6	32,1
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	31,2	20,7	32,3
Doenças do aparelho digestivo	16,4	14,8	29,0
Doenças do olho e anexos	18,8	11,5	21,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9,4	11,6	20,1
Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	18,0	10,7	4,3
Transtornos mentais e comportamentais	9,2	3,5	7,4
Doenças do sistema nervoso	4,6	3,5	7,4
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3,1	2,4	2,7
Lesões enven e algumas outras consequências causas externas	0,9	1,9	3,0
Gravidez parto e puerpério	0,3	0,5	2,8
Neoplasias (tumores)	0,1	0,9	0,6
Causas externas de morbidade e mortalidade	0,1	0,0	0,6
Algumas afecções originadas no período perinatal	0,1	0,0	0,2
Mal formação congênita deformid e anomalias cromossômicas	0,1	0,1	0,0
<b>Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena 2012-2015</b>			

TABELA 3 – Perfil de Morbidades da População Potiguara

Outro agravante relacionado à saúde dessa população é a não execução de um correto serviço de saneamento, onde a falta de água potável nas aldeias, a ausência coleta de dejetos e a destinação do lixo de forma indevida contribuem para prejuízos na saúde dos indígenas Potiguaras.

O DSEI Potiguara está localizado nesta Capital, a uma distância aproximada de 100km da área indígena. Recentemente sua sede mudou-se do prédio da FUNASA, local onde funcionava mesmo após a criação da SESAI para um prédio locado localizado na Avenida Epitácio Pessoa, bairro do Pedro Gondim.



**FIGURA 8 - ORGANOGRAMA DO DSEI**

Na base, ou seja, na área indígena, existem unidades descentralizadas do Distrito que correspondem a Pólos Base e Postos de Saúde, onde são desenvolvidas ações de atenção básica pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), composta pelo Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN), Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), Enfermeiro, Odontólogo e Médico, contratados através da conveniada Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e de Programas do Governo Federal como Mais Médicos e Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB).

Existem ainda, outras categorias existentes no âmbito do DSEI Potiguar, a exemplo do quadro a seguir:

QUADRO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NO DSEI POTIGUARA CONTRATADOS ATRAVÉS DA CONVENIADA IMIP, POR CATEGORIA		
ITEM	CATEGORIA	QUANTITATIVO
1	Agente Indígena de Saneamento	46
2	Agente Indígena de Saúde	45
3	Técnico de Enfermagem	34
4	Enfermeiro	12
5	Odontólogo	7
6	Auxiliar de Consultório Dentário	6
7	Agente de Combate a Endemias	3
8	Técnico de Laboratório	3
9	Assessor Indígena	2
10	Engenheiro Civil	2
11	Farmacêutico Bioquímico	2
12	Médico	2
13	Técnico em Edificações	2
14	Apoiador	1
15	Assistente Social	1
16	Arquiteto	1
17	Eletrotécnico	1
18	Nutricionista	1
19	Psicólogo	1
20	Técnico em Química	1
<b>Total</b>		<b>173</b>

Fonte: IMIP/DSEI Potiguara – Listagem de profissionais contratados, 2014

FIGURA 9 - QUADRO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NO DSEI POTIGUARA CONTRATADOS ATRAVÉS DA CONVENIADA IMIP, POR CATEGORIA

Quando é necessário, os indígenas são encaminhados da atenção básica à especializada, para os serviços de média e alta complexidade em unidades de referência, inclusive hospitais que recebem incentivos financeiros para atendimento específico ao índio.

Para tal finalidade o DSEI Potiguara possui viaturas oficiais e carros de apoio para conduzir pacientes indígenas para o tratamento de quimioterapia e hemodiálise. Conta também com motos para entrega de medicamentos e agendamentos de procedimentos de saúde nas aldeias, quando os mesmos são solicitados pelos médicos atuantes na área indígena, todos veículos oficiais.

### RELAÇÃO DA FROTA DO DSEI POTIGUARA

#### VEÍCULOS

Nº	PLACA	DESCRIÇÃO	ANO DE FABRICAÇÃO
1	MOI-8760	Toyota Bandeirante, versão 4X4, motor 2.1 D	1999
2	MOD-0973	Toyota Bandeirante, versão 4X4, motor 2.1 D	2000
3	MOD-0934	Toyota Bandeirante, versão 4X4, motor 2.1 D	2000
4	MOL-0989	Fat Ducato, Versão minibus, motor 2.8	2004
5	JKH-5443	NissanFrontier, versão XE, motor 2.8	2005
6	MOK-0796	Ford Ranger, versão XL 13P, motor 2.5	2008
7	MOK-0836	Ford Ranger, versão XL 13P, motor 2.5	2008
8	MOK-0866	Ford Ranger, versão XL 13P, motor 2.5	2008
9	MNZ-4786	Mitsubishi L 200,versão GL 4X4,motor VGT 2.5	2008
10	MNZ-4796	Mitsubishi L 200,versão GL 4X4,motor VGT 2.5	2008
11	NHZ-3713	Fiat Fiorino ,versão Furgão, motor 1.0	2009
12	NIA-2544	Fiat Uno Mille, versão way econ, motor 1.0	2009
13	NIA-7574	Fiat Uno Mille, versão way econ, motor 1.0	2009
14	NPR-4953	Mitsubishi L 200,versão GL 4X4,motor 2.5	2010
15	NQJ-8407	Mitsubishi L 200,versão Triton 4X4,motor 3.5	2010
16	NQI-8367	Mitsubishi L 200,versão SPORTE ,motor 2.5TB-D HPE	2010
17	NQI-8487	Mitsubishi L 200,versão SPORTE ,motor 2.5TB-D HPE	2010
18	NQI-2243	Ford Ranger, versão XL 13P, motor 3.0	2011
19	NQI-2373	Ford Ranger, versão XL 13P, motor 3.0	2011
20	NQI-2383	Ford Ranger, versão XL 13P, motor 3.0	2011
21	OFA-1555	Ford Ranger, versão XL 13P, motor 3.0	2011
22	OFD-6558	Mitsubishi L 200,versão GL 4X4,motor 2.5	2011
23	NQI-3013	Iveco Daily, versão 70 c 16, motor 155cv	2011
24	OGC-0566	Citroen Junper M33M 23S	2012

#### MOTOCICLETA

Nº	PLACA	DESCRIÇÃO	ANO DE FABRICAÇÃO
1	MOP-8830	Motocicleta Honda,versãoXLR,motor 125 S	2000
2	MOP-8870	Motocicleta Honda,versãoXLR,motor 125 S	2000

Fonte: SERVIÇO DE RECURSOS LOGÍSTICOS/DSEI Potiguara, 2014.

TABELA 4 – RELAÇÃO DA FROTA DO DSEI POTIGUARA

No DSEI Potiguara são desenvolvidos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, tais como:

- DST/Aids, Hepatites Virais, Sífilis e Hanseníase;
- Assistência Nutricional;



- Saúde da Mulher e da Criança;
- Saúde Mental;
- Imunização;
- Assistência Farmacêutica;
- Tuberculose, Hipertensão e Doenças em Eliminação;
- Vigilância Epidemiológica;
- Saúde do Homem, Idoso e Deficientes Físicos.

*Arquivo DSEI Potiguara*



**FIGURA 10 - Nutricionista realizando pesagem de criança em área indígena, 2014.**

*Arquivo DSEI Potiguara*

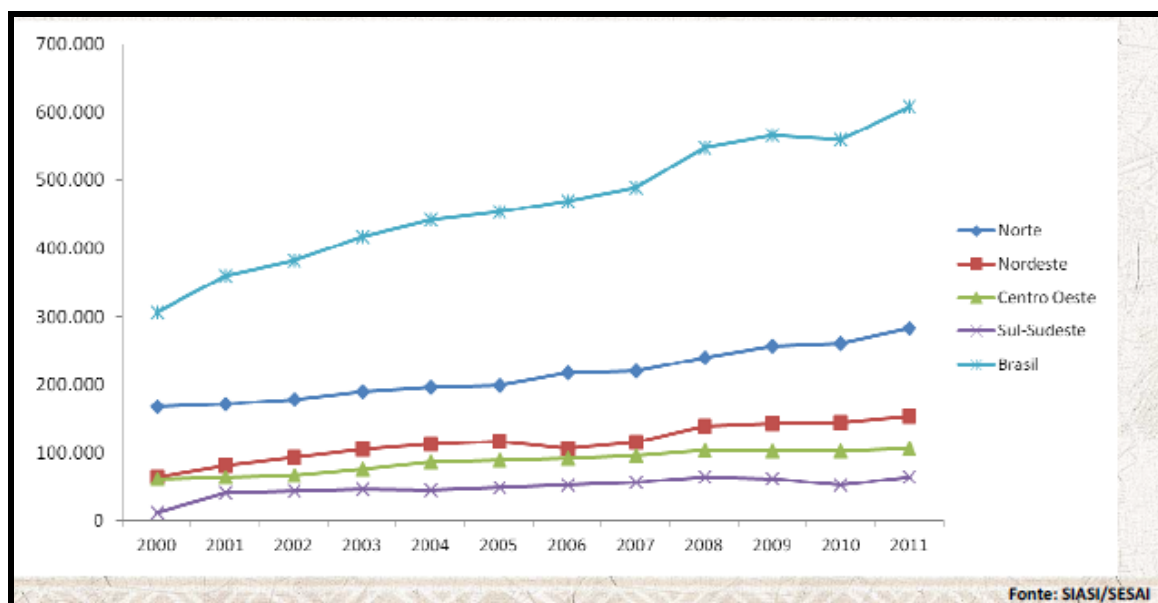


**FIGURA 11 - Abertura da Campanha de Vacinação na Aldeia Ybykuara, 2014.**

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário foi implantado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), o qual é operado no âmbito da SESAI. De acordo com a Política Nacional de Saúde Indígena (Portaria GM/MS Nº254, de 31/01/2002), “o fluxo das informações deve ser pactuado com os municípios de referência e/ou estados e os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS devem ser encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os



bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário” (PEAISPI, 2010).



**FIGURA 12 – Gráfico de Crescimento da população indígena cadastrada no SIASI, total e por região, período de 2000 a 2011.**

Porém, o SIASI não está interligado com os demais sistemas de informação em uso no país, especialmente com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP) e o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS).

Estes dados são necessários para sinalizar demograficamente e epidemiologicamente esta clientela, bem como, indicar características e qualidades peculiares sobre a sua evolução ao longo do processo de sua interação com a sociedade. Coimbra Jr. e Santos (2000) ressaltam bem este assunto quando afirmam que:

Somente com a estruturação de um sistema de estatísticas contínuas e com um maior refinamento metodológico [...] e de outros mecanismos de coleta de dados no que tange aos povos indígenas será possível reverter uma danosa invisibilidade, demográfica e epidemiológica, cujo um dos efeitos mais adversos é o de impedir que se disponha de dados confiáveis para evidenciar, propor e colocar em marcha mudanças visando dirimir situações de desigualdade em saúde.

O perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil é muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de censos e de outros inquéritos regulares e da precariedade dos sistemas de registro de informações sobre morbidade, mortalidade e cobertura vacinal, dentre outros fatores (COIMBRA JR. & SANTOS, 2000).

#### 4.2 Instituições parceiras

A Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A Lei nº. 9.836, de 23/09/99 dispõe que os Estados, Municípios e outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A CIMI em publicação de 2013 relata que:

*“Os povos indígenas e suas comunidades não podem aceitar que a política continue a ser terceirizada, ou seja, executada através de parcerias e de convênios estabelecidos pela Sesai com entidades, ONGs e prefeituras. Essa política já foi questionada administrativamente e judicialmente, porque ela não respeita a Lei Arouca; não respeita as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena; não respeita as propostas e as necessidades dos povos indígenas; porque se mostrou ineficaz quanto à gestão e execução das ações; quanto à formação dos agentes indígenas de saúde; quanto à prevenção das doenças; quanto ao controle social e a participação indígena no âmbito da política a ser desenvolvida em cada povo ou região”. (CIMI, 2013).*

<b>PRINCIPAIS PARCEIROS DOS MACROPROCESSOS FINALÍSTICOS CONDUZIDOS PELA SESAI</b>	
<b>Internos</b>	Secretaria Vigilância em Saúde – SVS
	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES
	Departamento de Informática do SUS - DATASUS
	Coordenação – Geral de Gestão de Pessoas – CGESP
	Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas – CODEP
	Coordenação – Geral de Documentação e Informação – CGDI
	Escolas Técnicas do SUS
	Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ
	Núcleos Estaduais de Saúde – NES
<b>Externos</b>	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP
	Ministério da Integração – MI
	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS
	Ministério da Defesa (Comandos da Aeronáutica, Exército e Marinha)
	Fundação Nacional do Índio – FUNAI
	Inst. Brasileiro do Meio Amb. e dos Recursos Naturais Renováveis – IBAMA
	Companhia Nacional de Abastecimento – CONAB
	Agência Brasileira de Cooperação – ABC
	Secretarias Estaduais de Saúde – SES
	Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS
<i>Fonte: Relatório de Gestão do Exercício de 2013 da SESAI.</i>	

**TABELA 5- PRINCIPAIS PARCEIROS DOS MACROPROCESSOS FINALÍSTICOS CONDUZIDOS PELA SESAI**

No DSEI Potiguara, dentre as principais parcerias institucionais, destacam-se a Fundação Nacional do Índio-FUNAI e, as Prefeituras Municipais de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto, além de associações e/ou organizações indígenas.

Segundo a Portaria Ministerial n°. 648/2006, os municípios, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

De acordo com a citada Portaria às Secretarias Estaduais de Saúde compete pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria e acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados, dentre outras.

A Fundação Nacional do Índio – Funai, criada pela Lei 5.731, de 05 de janeiro de 1967, vinculada ao Ministério da Justiça, entidade com patrimônio próprio e personalidade jurídica de direito privado, é o órgão federal responsável pelo estabelecimento e execução da política indigenista brasileira em cumprimento ao que determina a Constituição Federal Brasileira de 1988. A missão da FUNAI é coordenar o processo de formulação e implementação da política indigenista do Estado brasileiro, instituindo mecanismos efetivos de controle social e de gestão participativa, visando à proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas (JUSTIÇA, 2014).

Além das Instituições citadas anteriormente, existem dois hospitais no Estado da Paraíba que recebem o IAE-PI – Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas: o Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho e o Pronto Socorro Infantil Hospital Rodrigues de Aguiar, ambos recebem mensalmente R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) e R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), respectivamente (SAÚDE, 2014).

Devido ao universo de informações oriundas de cada parceria institucional da SESAI, esta autora optou por não se aprofundar nas demais instituições parcerias além das Secretarias Municipais de Saúde, parceria em foco neste estudo.

À direção municipal do Sistema Único de Saúde compete:

- » planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- » participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual;
- » participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- » executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador (BRASIL, 2011).

Ou seja, todas as ações citadas anteriormente também são destinadas à população indígena, na qualidade de munícipe. Ao realizar pesquisa nos portais municipais, dos três municípios atuantes na saúde indígena Potiguar, dois disponibilizam suas Leis Orgânicas que se relacionam à saúde, mas não tratam da saúde indígena especificamente, apesar de um deles possuir a referida população em maioria.

## 5. CONCLUSÕES E PRINCIPAIS RESULTADOS DO ESTUDO

A fim de alcançarmos um diagnóstico da gestão da saúde indígena Potiguara, este trabalho buscou o conjunto de ferramentas que norteiam a execução deste serviço, desde a legislação que rege a Política Nacional de Saúde Indígena até o conhecimento e opinião dos principais atores envolvidos.

O fortalecimento da força de trabalho indígena foi um grande passo na busca de uma melhor assistência à saúde, uma vez que atualmente os colaboradores são contratados devidamente com todos os direitos trabalhistas garantidos, o que não ocorria antes da criação da SESAI.

Na publicação “Lei Arouca”, pela FUNASA, em 2009, podemos visualizar um dado que nos chama a atenção: um considerável avanço relacionado à saúde bucal na população indígena, conforme podemos verificar na figura abaixo, em dois anos o percentual da população com acesso a kit de higiene bucal subiu de 8,89% para 100%.

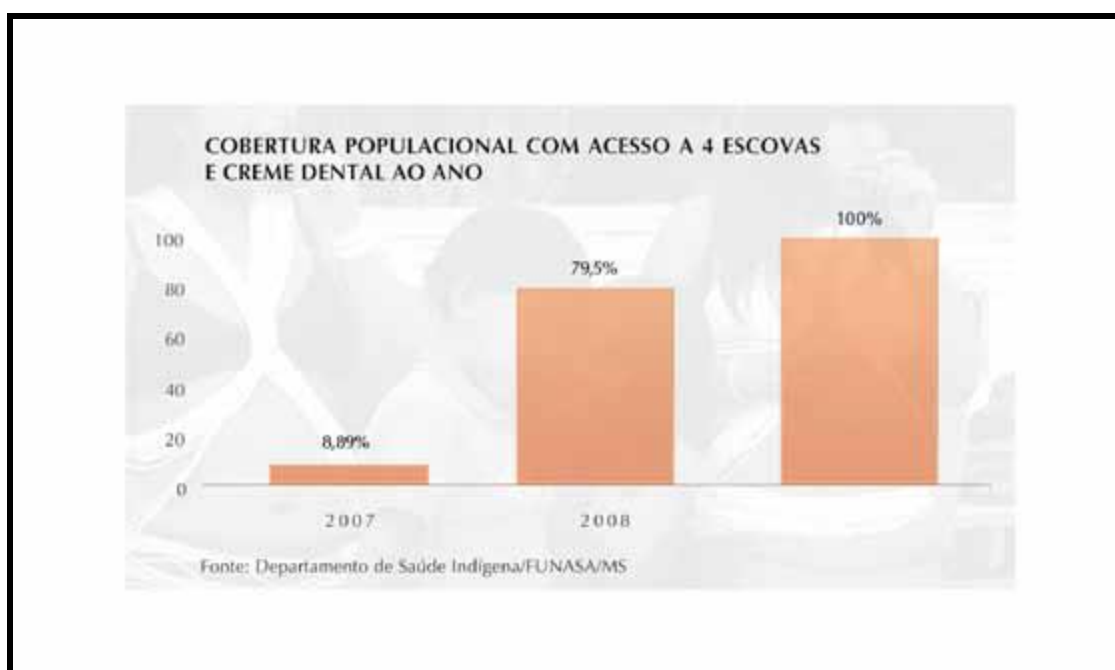


FIGURA 13 – COBERTURA POPULACIONAL COM ACESSO A 4 ESCOVAS E CREME DENTAL AO ANO.

Outro avanço considerável é a normatização do SUS, através do Decreto nº.7.508/11, o qual concede a atuação dos DSEI's nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), fato este que colabora expressivamente no aprimoramento do acesso e da atenção integral desta clientela dentro do SUS.

No entanto, após estudarmos a saúde indígena num todo, podemos verificar que das transformações feitas, a maior parte sempre se referiu à gestão, que ainda não amadureceu devido a tantas mudanças institucionais, na maioria desatentas ao foco principal. Demandas como a efetividade da atenção primária com segurança do atendimento especializado, a concreta integração das instituições envolvidas, a instauração de normas de financiamentos seguida de devida fiscalização ainda não foram analisadas conforme sua importância, mesmo com alguns avanços.

As atuações dos Distritos são financiadas diretamente através da SESAI/MS, conforme o quantitativo populacional considerando a situação epidemiológica e aspectos geográficos. Os estados e municípios também devem financiar a saúde indígena uma vez que recebem recursos oriundos do SUS para tal finalidade.

As SMS necessitam efetivar definitivamente sua atuação na assistência à saúde indígena, uma vez que as prefeituras utilizam o quantitativo de indígenas para recebimento de recursos oriundos de diversos blocos de financiamento transferidos fundo a fundo pelo MS através dos chamados PAB fixo e PAB variável, onde em dois dos três municípios que possuem índios Potiguaras na Paraíba a maioria da população é indígena.

A título de informação, é importante ressaltar que o Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios. Já o Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como: I - Saúde da Família; II - Agentes Comunitários de Saúde; III – Saúde Bucal; IV - Compensação de Especificidades Regionais; V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (PMAQ, 2014).

## 5.1. ENTREVISTAS

A fim de colher algumas opiniões e/ou percepções de atores envolvidos na assistência à saúde indígena do povo Potiguara da Paraíba, foram realizadas entrevistas junto a alguns desses representantes, conforme descritos no quadro abaixo:

NOME	FUNÇÃO	DATA DA ENTREVISTA	FORMA DA ENTREVISTA
<b>Adriano Simões de Andrade</b>	Coordenador do DSEI	02/07/2014	Presencial
<b>Natanael Benedito da Silva</b>	Presidente do CONDISI Potiguara	14/07/2014	Presencial
<b>Sandro Gomes Barbosa</b>	Cacique Geral do Povo Potiguara	16/07/2014	Presencial
<b>Jacqueline do Nascimento Rodrigues</b>	Secretária Municipal de Saúde de Baía da Traição/PB	22/07/2014	Correio Eletrônico

**TABELA 6 – ENTREVISTADOS DURANTE A REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Como se pode perceber no quadro acima, tratam-se de atores estratégicos na condução da política de atendimento indígena no território potiguara paraibano, seja como representantes do governo federal (Coordenador da DSEI), de governo municipal (Secretária Municipal de Saúde de Baía da Traição/PB)<sup>2</sup>, e de representantes das populações indígenas beneficiárias (Cacique geral do Povo Potiguara e Presidente do CONDISI Potiguara).

As entrevistas basearam-se no seguinte roteiro de perguntas:

1. Para você, qual a missão da sua Instituição?
2. Para você, qual a missão da SESAI?
3. Para você, qual a missão das SMS, em relação à saúde indígena?
4. Na sua opinião, quais os principais entraves/problemas na execução da missão de sua instituição?
5. Na sua opinião, quais os principais entraves/problemas na saúde indígena?
6. Como você descreve a parceria DSEI x SMS?
7. Na sua opinião, o que precisa avançar na saúde indígena potiguara?

<sup>2</sup> Ressalto que solicitei a realização de entrevistas junto as duas outras Secretarias Municipais de Saúde dos outros dois municípios () que integram o território potiguara na Paraíba, sem obter sucesso.

8. Qual a fonte de financiamento recebida por sua instituição para a assistência a saúde indígena? A utilização destes recursos tem sido positiva ou negativa?

Das entrevistas, os trechos mais relevantes das respostas constam no quadro seguinte<sup>3</sup>:

---

<sup>3</sup> As transcrições das respostas seguem a fala/escrita original dos entrevistados.



PERGUNTA	OPINIÕES			
	Coordenador do DSEI	Presidente do CONDISI Potiguara	Cacique Geral do Povo Potiguara	Secretária Municipal de Saúde de Baía da Traição/PB
Para você, qual a missão da sua Instituição?	<i>Prestar assistência integral a saúde dos povos indígenas.</i>	<i>Sem pergunta.</i>	<i>Sem pergunta.</i>	<i>Desenvolver políticas de saúde, visando atender com maior qualidade aqueles que dependem do sistema de saúde pública.</i>
Para você, qual a missão da SESAI?	<i>Sem pergunta.</i>	<i>Dar atenção básica e naquilo que for preciso a mais que estiver âmbito de conhecimento e possibilidade dela.</i>	<i>A missão da SESAI é atender bem a nossa população indígena, prestar uma boa saúde para que os nossos parentes não possam tá dependendo de outros órgãos, mas não tirando as responsabilidades do município, do Estado.</i>	<i>Procurar atender com qualidade aos indígenas, levando em conta as especificidades culturais.</i>
Para você, qual a missão das SMS, em relação à saúde indígena?	<i>As SMS atuam de forma complementar a ação da SESAI, devem subsidiar na parte de média e alta complexidade e complementarmente na atenção básica...</i>	<i>Dar assistência também, só que não vejo isso acontecendo não.</i>	<i>O papel das SMS é fazer parceria com Sesai. A missão da secretaria municipal é tão importante como a missão da secretaria de saúde indígena porque além da secretaria municipal ela trabalha com índio, com negro, com preto, com branco, seja lá o que for, mas ela tem um bom papel dentro da nossa saúde indígena...</i>	<i>Sem pergunta.</i>
Na sua opinião, quais os principais entraves/problemas na execução da missão de sua instituição?	<i>O maior entrave hoje são as questões logísticas, a SESAI é um órgão implantado recentemente e herdou um passivo da FUNASA que demanda muitos recursos públicos.</i>	<i>Sem pergunta.</i>	<i>Sem pergunta.</i>	<i>Uma efetiva parceria em SESAI e SMS.</i>

<b>Na sua opinião, quais os principais entraves/problemas na saúde indígena?</b>	<i>Sem pergunta.</i>	<i>Pra mim é licitação e Brasília que não dá assistência da forma que era pra dar aos distritos.</i>	<i>Hoje o nosso maior problema é a questão de medicamento, de transporte, da infraestrutura que hoje se oferece no serviço da atenção à saúde, porque agente hoje não tem medicamento, não tem transporte. As equipes hoje é cobrada pra fazer algo, mas não tem condições de trabalho porque não tem equipamentos...</i>	<i>Sem pergunta.</i>
<b>Como você descreve a parceria DSEI x SMS?</b>	<i>Ela é muito deficiente ainda, tem muitas coisas que podem melhorar, apesar de que as dificuldades que o DSEI tem em relação à SMS não esbarra somente na própria Secretaria...</i>	<i>A parceria não existe.</i>	<i>Eu acho que deveria se estreitar mais porque tão muito ainda distante, eu sei que tem algumas secretaria nos três município hoje que a gente habita mas em toda ela não tem essa parceria que era pra ter... Tem município que atua mais que outro...</i>	<i>Existe uma parceria que apresenta necessidades de ajuste para a realização de melhores serviços...</i>
<b>Na sua opinião, o que precisa avançar na saúde indígena potiguara?</b>	<i>Com relação à assistência é a questão da logística, conclusão dos sistemas de abastecimento de água que ainda faltam, construção de Postos de Saúde, ter um sistema adequado de manutenção de toda a rede, tanto como de abastecimento de água como dos Postos...</i>	<i>Apoio no geral na assistência de marcação de exames, apoio externo veículos...</i>	<i>O que precisa avançar é esta questão de veículos, que hoje é a maior dificuldade pra prestar uma boa saúde, a questão destas parcerias, a questão de divulgação nas comunidades, algumas lideranças não comunicam para sua comunidade, a questão de material para que o profissional possa atender bem a população indígena...</i>	<i>É preciso avançar na melhoria dos serviços, com interação com o SESAI e SMS.</i>

TABELA 7 – PRINCIPAIS OPINIÕES DOS ENTREVISTADOS

Com base nas opiniões dos entrevistados, parece ser consenso que a parceria existente entre DSEI/SMS existe, mas apresenta problemas, bem como, é de entendimento da maioria que a questão de veículos, infraestrutura e referenciamento de pacientes requer uma maior atenção.

Quanto ao conhecimento acerca da missão de suas instituições os dois gestores entrevistados responderam da seguinte forma:

Coord. do DSEI: *Prestar assistência integral a saúde dos povos indígenas.*

Secret. Munic. Saúde: *Desenvolver políticas de saúde, visando atender com maior qualidade aqueles que dependem do sistema de saúde pública.*

Quando o questionamento foi relacionado a missão da SESAI, ficou enfatizada a finalidade específica da Instituição, conforme podemos observar nas:

Secret. Munic. Saúde: *Procurar atender com qualidade aos indígenas, levando em conta as especificidades culturais.*

Cacique: *A missão da SESAI é atender bem a nossa população indígena, prestar uma boa saúde para que os nossos parentes não possam tá dependendo de outros órgãos, mas não tirando as responsabilidades do município, do Estado. Acho que a responsabilidade da SESAI é essa, ela foi criada a Secretaria justamente para atender bem a população indígena.*

Presidente do CONDISI: *Dar atenção básica e naquilo que for preciso a mais que estiver âmbito de conhecimento e possibilidade dela.*

Ao questionar a missão das SMS em relação à saúde indígena os entrevistados deixam evidente a importância de parceria entre as duas Instituições, onde as conclusões foram as seguintes:

Coord. do DSEI: *As SMS atuam de forma complementar a ação da SESAI, devem subsidiar na parte de média e alta complexidade e complementarmente na atenção básica e nas demais atribuições definidas em Lei pelas portarias do MS.*

Cacique: *O papel das SMS é fazer parceria com Sesai. A missão da secretaria municipal é tão importante como a missão da secretaria de saúde indígena porque além da secretaria municipal ela trabalha com índio, com negro, com preto, com branco, seja lá o que for, mas ela tem um bom papel dentro da nossa saúde indígena, principalmente a gente que tem três secretarias do município residente em nosso território e agente tem que ter essas parcerias junto com elas e ela atender muito bem a população indígena e também a Secretaria Estadual do Estado da Paraíba que também tem essa obrigação de atender a população bem.*

Presidente do CONDISI: *Dar assistência também, só que não vejo isso acontecendo não, tudo esta caindo nas costas da coitada da sesai.*

Os principais entraves/problemas na execução da missão das suas Instituições indicados pelos gestores foram os seguintes:

Coord. do DSEI: *O maior entrave hoje são as questões logísticas, a SESAI é um órgão implantado recentemente e herdou um passivo da FUNASA que demanda muitos recursos públicos. Com relação à assistência a maior demanda hoje é conduzir os indígenas a ter acesso a média e alta complexidade.*

Secret. Munic. Saúde: *Uma efetiva parceria em SESAI e SMS.*

Quanto à opinião das lideranças indígena, sobre os principais entraves/problemas da saúde indígena, as respostas relacionam-se a demandas de infraestrutura e formas de execução na gestão do subsistema de atenção à saúde indígena:

Cacique: *Hoje o nosso maior problema é a questão de medicamento, de transporte, da infraestrutura que hoje se oferece no serviço da atenção à saúde, porque agente hoje não tem medicamento, não tem transporte. As equipes hoje é cobrada pra fazer algo, mas não tem condições de trabalho porque não tem equipamentos, acho que o importante seria inserir todos esses equipamentos para que os profissionais pudessem desempenhar um bom papel, acho um papel muito importante seria esse aí.*

Presidente do CONDISI: *Pra mim é licitação e Brasília que não dá assistência da forma que era pra dar aos distritos.*

Por fim foi perguntado aos gestores qual a fonte de financiamento recebida pela instituição a qual pertencem e se a utilização destes recursos tem sido positiva ou negativa, onde obtivemos as seguintes respostas:

Coord. do DSEI: *A fonte de recursos é o orçamento do Ministério da Saúde aprovada pela Lei Orçamentária Anual do poder executivo e os recursos estão sendo utilizados de forma otimizada dada a escassez.*

Secret. Munic. Saúde: *SUS, sendo insuficiente para o melhor atendimento.*

Diante destas concepções e representações podemos visualizar que a saúde indígena Potiguara necessita ser fortalecida através das Instituições concernentes, uma vez que é notável a distância organizacional/assistencial entre o DSEI Potiguara e as Secretarias Municipais de Saúde, aqui representada pela Secretaria Municipal de Baía da Traição.

Concluindo, é perceptível a grande estrutura que a saúde indígena detém, no entanto, é importante que esta assistência seja garantida de forma integral e que sempre seja aprimorada cada vez mais, sem regressão, que pode ocorrer devido a questões políticas partidárias. Porém, a força do controle social deste grupo tem estrutura e força suficientes para combater tais atitudes que não visem a assistência à população indígena que tanto carece de um serviço de saúde bem estruturado e integral.

Com base nos resultados deste estudo, diante de todas as fragilidades identificadas e a fim de que a finalidade estratégica do serviço continue sendo implementada, podemos citar alguns possíveis avanços no âmbito do DSEI Potiguara:

- Conduzir ao entendimento do usuário esclarecimentos de como funciona o subsistema de saúde indígena;
- Ampliar a comunicação entre os representantes do controle social e população;
- Melhorar a integração do DSEI com estados e municípios, ampliando o diálogo entre estas organizações, com o objetivo de ampliar principalmente a oferta dos serviços especializados de média e alta complexidade da comunidade indígena, bem como, a logística para tal ação, a fim de que seja garantida a integralidade da atenção à saúde destes usuários;
- Executar atividades conjuntas com as Secretarias de Saúde dos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto;
- Identificar soluções ágeis direcionadas a procedimentos especializados junto aos hospitais que recebem incentivo IAE-PI, envolvendo estas Instituições na busca de estratégias legais que visem solucionar estas demandas e quaisquer outras que porventura surgirem;
- Buscar a efetiva parceria junto aos demais órgãos como FUNAI, Estado e Universidade;
- Procurar fortalecer a capacidade gerencial das Instituições envolvidas;
- Conduzir uma oficina de planejamento estratégico com a participação dos principais atores envolvidos para a construção/pactuação de objetivos, metas e resultados.
- Conduzir no âmbito da instância de governança da assistência à saúde indígena Potiguara, Fórum de integração entre as instituições envolvidas, constituído pelo DSEI, Secretarias Municipais de Saúde, Hospitais que recebem incentivo e demais organizações que venham a colaborar na construção desta iniciativa;

- Implantação de plano estratégico de melhoria da infraestrutura do atendimento prestado aos indígenas.

É relevante o desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que a Gestão Pública necessita ter uma visão da qualidade do serviço público, do que nele é investido, acrescentada da especificidade da população indígena, que requer uma maior atenção no acesso aos seus direitos fundamentais, principalmente à saúde.

Apesar de possíveis limitações, esta pesquisa pode contribuir tanto para as Instituições que prestam o serviço, como para a população beneficiária do serviço, podendo até incentivar futuros estudos para que seja avaliada a qualidade de outros serviços públicos essenciais nos chamados grupos minoritários ou até mesmo na população em geral.

Que possamos em posteriores pesquisas contemplar de fato os interesses de populações como a aqui estudada, possuidora de vasta riqueza nos mais variados níveis e nos conscientizarmos da grandeza de nosso desafio em estarmos dispostos a quebrar nossos paradigmas para que o conhecimento venha a se tornar uma via de mão dupla.

## 6. REFERÊNCIAS

- ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. **A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- BITTENCOURT, Maria . Acre, Rio Negro e Xingu: **A formação indígena para o trabalho em saúde**. São Paulo: Associação Saúde Sem Limites, 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).
- BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Decreto nº. 7.508**. Brasília, 2011.
- BRASIL. **Decreto nº. 8.065**. Brasília, 2013.
- BRASIL. **Lei nº. 8.080**. Brasília, 1990.
- BRASIL. **Lei nº. 8.142**. Brasília, 1990.
- BRASIL. **Lei nº. 9.836**. Brasília, 1999.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília, 2009.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas**, 2013.
- CNSI. 5ª Conferência Nacional de Saúde. **História das Conferências**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://5cnsi.blogspot.com.br/p/historia-das-conferencias.html>, acesso em 29/05/2014.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica 04. A Integração da Saúde Indígena no SUS: Uma proposta da Gestão Estadual**. Brasília, 2014.
- COIMBRA, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2000.
- CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001.

ESCOBAR AL, SANTOS RV, COIMBRA Jr. CEA. **Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari)**, Rondônia, Brasil. 2003.

PROGRAMA DE ÍNDIO. **Ação Educativa e Audiovisual entre os índios Potiguara**. UFPB.

LACERDA, Rosane. **Seleção de instrumentos internacionais de direitos humanos relativos a povos indígenas**. Curso de Extensão "Direito indigenista para acadêmicos índios de MS". Brasília-DF, out. 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Editora Fio Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

PINTO, Estêvão. **Os indígenas do nordeste**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1935.

JUSTIÇA. Portal do Ministério da. **Fundação Nacional do Índio**. 2014. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJDE2A290DITEMID28C3B07A1B674D96B75B21AE5C4BEC2DPTBRIE.htm>, acesso em 24/07/14.

PMAQ. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. **Utilização dos Recursos Financeiros do Componente Qualidade**. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php), acesso em 27/07/14.

PEAISPI. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Indígena**. Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual de Saúde, 2010.

SAÚDE. Ministério da. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SAÚDE. Ministério da. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: a visão da FUNASA**. Brasília, 2006.

SAÚDE. Fundo Nacional de. **Pesquisa Detalhada**. Disponível em <http://www.fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamento/filtroPesquisaDetalhada.jsf>, acesso em 30/07/2014.

SAÚDE, Portal da. **Apresentação do SUS**. Brasília, 2013. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1395](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395), acesso em 02/08/2013.

SAÚDE, Portal da. **Conheça o DSEI**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>, acesso em 29/05/2014.

SAÚDE, Portal do Ministério da. **Política Nacional de Saúde Indígena**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>, acesso em 22/07/2013.

POTIGUARA. Blog. **Patrulha Potiguara**. Disponível em [http://potiguara83.blogspot.com.br/2011\\_10\\_01\\_archive.html](http://potiguara83.blogspot.com.br/2011_10_01_archive.html), acesso em 18/07/14).



POTIGUARAS. Guerreiros. **Quem somos.** Disponível em <http://guerreiros-potiguara.wordpress.com/quem-somos/>, acesso em 18/07/14).

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde.** Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA E GESTÃO



#### ATA DE DEFESA DE TCC

Aos oito dias do mês de agosto de 2014, às 11h, na INCUBES/PRAC, a discente Déborah Mota de Lima, regularmente matriculada no Curso de Tecnologia em Gestão Pública/DTG/CCSA/UFPB, defendeu o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado, "Subsistema de atenção à saúde indígena: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada. Um estudo de caso sobre a gestão da política de atenção à saúde indígena no território do DSEI potiguara" fazendo-se presente na banca examinadora os professores Jaíra Alana Claro Pereira, Maurício Sardá de Faria e Marco Antônio de Castilhos Acco (orientador) sob presidência deste. A discente obteve nota 10,0 (dez), obtendo aprovação na disciplina TCC.

João Pessoa, 01 / 08 / 2014

Prof.º Orientador: Marco Antônio de Castilhos Acco

Prof.ª Examinadora: Jaíra Alana Claro Pereira

Prof.º Examinador: Maurício Sardá de Faria

Marco Acco  
Jaíra  
M. Sardá

Juliana Fernandes Moreira  
Prof.ª Juliana Fernandes Moreira  
Coordenação de TCC  
Matrícula Siape nº 1744616